



REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN O DE CASO

ELIGIBILITY REVIEW

1. IMPRIMA: SU NOMBRE - SEGUNDO NOMBRE - APELLIDO	2. SU NÚMERO DE TELÉFONO		
	HOGAR	TRABAJO	MENSAJES

3. DIRECCIÓN DONDE VIVE

CALLE Y NÚMERO CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

4. DIRECCIÓN POSTAL SI ES DISTINTA DE DONDE VIVE

CALLE Y NÚMERO CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

5. AHORA RECIBO/RECIBIMOS

Dinero

Estampillas de Alimentos

Ayuda para gastos médicos

Cuidado en Hogar de Reposo

6. NECESITO/NECESITAMOS

Dinero

Estampillas de Alimentos

Ayuda para gastos médicos

Cuidado en Hogar de Reposo

Tratamiento por drogas/alcohol

Otro: _____

7.

¿Tiene problemas para hablar, leer o escribir Inglés? Sí NO

¿Necesita un intérprete? Si es así, le facilitaremos uno. Sí NO

Si es así, ¿qué idioma habla? _____

8. Si desea que otra persona reciba o utilice sus estampillas para alimentos por Ud., complete lo siguiente:

Nombre de la persona _____ Teléfono _____

LEA POR FAVOR

- A. Esta revisión es para ver si Ud. puede aún recibir dinero, beneficios de ayuda para gastos médicos, y/o beneficios de estampillas para alimentos. Si necesita ayuda para llenar alguna sección de este formulario, háganoslo saber.
- B. Sírvase completar este formulario y enviarlo por correo o traerlo a la Oficina local de Servicios Comunitarios (CSO) dentro de diez días.
 - 1. Podríamos pedirle que venga a la oficina a una entrevista.
 - 2. Podríamos pedirle que verifique su situación o las respuestas que dio en este formulario.
- C. Si no recibe ahora beneficios de estampillas para alimentos, pero ha solicitado en la pregunta seis (6) más arriba, las siguientes acciones aplican:
 - 1. Determinaremos el monto del beneficio de estampillas para alimentos basándonos en la fecha en que recibamos este formulario.
 - 2. Complete la pregunta 13, y podrá recibir beneficios de Estampillas para Alimentos dentro de cinco días si:
 - a. Tiene muy poquitos ingresos o recursos, o
 - b. Sus ingresos y recursos no son suficientes para cubrir su alquiler/hipoteca mensual y servicios públicos, o
 - c. No tiene un lugar suyo donde vivir, o
 - d. Los miembros que componen su hogar incluye un trabajador migratorio o agricultor temporal.
 - 3. Debe darnos un Número de Seguro Social o solicitar uno para cada miembro que compone su hogar, de acuerdo con lo establecido por la ley.
- D. Si recibe ahora beneficios de Estampillas para Alimentos y no quiere perderlos, devuelva este formulario antes del 15 (quince) del mes siguiente. Veremos si aún califica.

INFORMACIÓN VOLUNTARIA

Le pedimos que voluntariamente nos diga cuál es su raza o antecedente étnico. Esta información no será un factor a considerar para determinar si califica para beneficios.

Caucásico Hispano Negro Indio Americano/Indio de Alaska Vietnamita/Laosiano/Camboiano

Otro Asiático o Isleño del Pacifico Otro _____

**REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD
ELIGIBILITY REVIEW**

INFORMACIÓN GENERAL

9. Necesito asistencia especial porque:

Tengo deficiencia visual Tengo deficiencia auditiva No puedo leer Otro: _____

10. Nombre cada persona que vive en su hogar. Inclúyase a sí mismo/a. **Use nombres legales. NO USE APODOS/ ALIAS.**

Si no sabe algún número de seguro social, deje el espacio en blanco.

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	PARENTESCO CON UD.	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO M O F	CIUDADANO AMERICANO		LEGALMENTE ADMITIDO/A PARA RESIDENCIA PERMANENTE? SÍ NO		EN LA ESCUELA?	
					SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
A.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. SI ALGUNA PERSONA DE SU HOGAR HA USADO OTRO NOMBRE (DE SOLTERA O DE CASADA) U OTRO SEGURO SOCIAL, POR FAVOR INDIQUE LOS OTROS NOMBRES Y/O NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL.

OTROS NOMBRES	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	OTROS NOMBRES	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
A.		C.	
B.		D.	

12. NOMBRE A TODA PERSONA QUE SE MUDÓ DE SU CASA DESDE SU ÚLTIMA REVISIÓN.

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	PARENTESCO CON UD.	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	FECHA EN QUE SE MUDÓ
A.			
B.			
C.			

13. COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLAMENTE SI NO RECIBÍ ASISTENCIA PARA ALIMENTOS/ESTAMPILLAS ESTE MES, ESTÁ SOLICITÁNDOLAS, Y LAS NECESITA DENTRO DE CINCO DÍAS

	SÍ	NO	SI ES ASÍ, INDIQUE EL MONTO
Tengo/tenemos dinero en efectivo, cheques, o ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Recibí/recibimos dinero, en efectivo, cheques (ingreso) este mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Espero/esperamos recibir dinero, efectivo, cheques (ingreso) este mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Tengo/tenemos gastos mensuales de alquiler o de hipoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Tengo/tenemos gastos de servicios (gas, aceite, electricidad) este mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____
Recientemente dejé/dejamos de recibir dinero, efectivo, cheques (ingreso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, ¿cuándo?
Soy/somos trabajador/es migratorios o temporal/es de agricultura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
No tengo/no tenemos donde vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. Indique cuál de las siguientes situaciones puede aplicarse a alguien de su hogar:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Embarazo (fecha en que se espera ocurra el parto) _____ | <input type="checkbox"/> Sin alimentos y sin dinero para comprarlos | <input type="checkbox"/> No tiene donde vivir |
| Nombre de la persona embarazada: _____ | <input type="checkbox"/> Emergencia médica | <input type="checkbox"/> Sin calefacción |
| | <input type="checkbox"/> Aviso cerrando servicio público | <input type="checkbox"/> Aviso de desalojo |
| | <input type="checkbox"/> Víctima de violencia doméstica | |

15. ¿Para cuántas personas compra y prepara alimentos en su hogar?

FOR OFFICE USE ONLY - EXPEDITED SERVICE SCREEN

16. Household eligible for expedited service YES NO

EXPEDITED SERVICE SCREENER'S SIGNATURE

DATE

**REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD
ELIGIBILITY REVIEW**

INFORMACIÓN GENERAL (Continuación)

17. Estado civil - ahora estoy: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Sí NO
18. Hay un miembro de la familia temporalmente fuera de casa.....
 ¿Quién? _____ ¿Dónde? _____
19. Vivo/vivimos en: Casa propia Hogar en familia para adultos Institución para cuidado congregado Hogar de grupo
 Establecimiento residencial para tratamiento de adultos Otro _____
20. Si alguien se mudó a vivir a su casa desde su última revisión, responda preguntas "A" hasta "F", sobre dicha persona.
 Nombre _____ Fecha en que se mudó _____
- A. Tiene/n intenciones de vivir en Washington
- B. Ha/n solicitado o recibido asistencia en Washington u otro estado
 Si es así, ¿dónde? _____ Fechas: _____
- C. En casos donde una familia solicita ayuda y ambos padres (casados o no) viven en el hogar, indique cuál de ellos ganó más dinero en los últimos 24 meses.
 Nombre del padre o madre: _____
- D. Es veterano de las fuerzas armadas, es persona que depende o es cónyuge de un veterano
- E. Reciben alimentos de un programa de distribución de alimentos para Indios Americanos
- F. Es/son, extranjero/s auspiciado/s por alguien
 Si es así, dé el nombre y dirección del auspiciador _____
21. Soy/somos pensionista/s (pagamos a alguien para que provea las comidas)
22. Espero/esperamos tener un cambio de situación en los próximos dos meses
 Si es así, describa el cambio _____

INFORMACIÓN MÉDICA

- Sí NO
23. A. Tengo/tenemos cuentas médicas que no se han pagado
- B. Necesito/necesitamos ayuda para pagar los gastos médicos que hemos incurrido en los últimos 3 meses
- C. Estoy/estamos internado/s, o salí/salimos recientemente, o tengo/tenemos intenciones de entrar a un establecimiento médico (hospital, hogar de reposo/asilo, etc.)
 Si es así, qué establecimiento(s) _____
- | | | |
|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| (1) Fecha en que ingresó | (2) Fecha en que salió | (3) Fecha en que ingresará |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
- D. Tengo/tenemos Medicare
- E. Tengo/tenemos cobertura de CHAMPUS (militar) disponible
- F. Tengo/tenemos seguro médico
 (Esto incluye todo seguro que Ud. o alguien más paga, como seguro particular, seguro para cuidado médico de largo plazo, seguro de grupo por medio de su empleo o sindicato, etc.)
- G. Durante un tiempo en los últimos tres años tuve/tuvimos seguro por medio de un empleo
- H. Rechacé/rechazamos seguro médico por medio del empleo debido al costo
- I. He/hemos tenido un accidente que requiere cuidado médico

**REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD
ELIGIBILITY REVIEW**

RECURSOS

24. A. Soy/somos dueños o poseo una porción de uno o más de lo siguiente (Indique sí o no por cada ítem):

RESOURCES	SÍ NO	MONTO TOTAL/VALOR	¿CUÁNTO?	¿DÓNDE?
Dinero en mano (efectivo)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Cuenta corriente (de cheques)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Cuenta de ahorros/certificados de depósitos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Unión de Crédito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Fondos de jubilación, IRA, KEOGH, etc.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Dinero en posesión de otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Acciones/bonos/fondo mutualista	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Cuenta a fideicomiso/anualidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Seguro de vida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Plan de funeral pre-pagado (no un seguro de vida)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Dinero para funeral/sepultura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Parcela para sepultura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Contratos de venta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Propiedad en donde vive	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Propiedad en la cual no vive	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Equipo del Oficio (herramientas,maquinaria)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Ganado (caballos, vacas, ovejas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Maderas/cosechas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		
Otro	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	\$		

B. Estoy/estamos comprando, o he/hemos comprado un automóvil u otro vehículo (camioneta, bote, vehículo para acampar, casa móvil motorizada, vehículo para la nieve, motocicleta, etc.).....

ITEM	AÑO	MODELO	VALOR
			\$
			\$
			\$
			\$

C. Uso/usamos un vehículo para asuntos médicos.....

D. Uso/usamos un vehículo para asuntos de empleo.....

E. He/hemos vendido, cambiado o regalado un recurso (vea A y B más arriba) en los últimos dos años y medio (2 1/2). Si es así, explique:

¿Qué cosa? _____ ¿A quién? _____

EMPLEO

25. A. Estoy/estamos trabajando, o habemos trabajado desde la última revisión (incluya trabajo autónomo).....
Si es así, ¿ha enviado informes de sus ganancias regularmente a su trabajador de asistencia económica?

INDIQUE EL EMPLEO DE LOS MIEMBROS QUE COMPONEN SU HOGAR

PERSONA	EMPLEADOR	HORAS TRABAJADAS POR MES	ÚLTIMA FECHA QUE TRABAJÓ
1.			
2.			

B. Estoy/estamos capacitados para trabajar (adultos).....

SI HAY ALGUIEN INCAPACITADO/A PARA TRABAJAR INDIQUE EL NOMBRE Y POR QUÉ

PERSONA	MOTIVO
1.	
2.	

**REVISIÓN DE ELEGIBILIDAD
ELIGIBILITY REVIEW**

EMPLEO (CONTINUACIÓN)

Sí NO

C. Deje/dejamos un trabajo en los últimos 60 días

Si es así, nombre la persona: _____ Empleador: _____

Razón: Dimisión por falta de trabajo Despido Rehusó trabajo Ausencia con permiso Lesión
 Renuncia En huelga Rehusó aprendizaje Enfermedad

INGRESO

26. **Recibo/recibimos o he/hemos** solicitado dinero de las siguientes fuentes (marque sí o no para cada ítem):

INGRESO	SÍ	NO	PERSONA CON EL INGRESO	MONTO	PERSONA CON EL INGRESO	MONTO
Ganancias (sueldos)/comisiones (ítem 21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Asistencia pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Compensación de cesantía (desempleo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Beneficios de Seguro Social (SSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Seguro Suplementario de Ingresos (SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Beneficios para empleados del ferrocarril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Jubilación/pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Manutención de niños/Pensión conyugal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Beneficio de seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Fideicomiso o anualidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Dinero de huéspedes/pensionistas/arrendatarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Dinero de parientes/familiares/amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Labores e Industrias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Cuota militar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Reembolso de impuestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Concesiones o préstamos escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Premios en dinero (bingo, lotería, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Otros préstamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$
Otro ingreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		\$

GASTOS

27. A. Tengo/tenemos gastos de vivienda (si es así, dé el monto abajo): Sí No

1. Alquiler \$ _____ Impuesto a la propiedad \$ _____
 Hipoteca \$ _____ Tasa a la propiedad \$ _____
 Costo por alquilar espacio \$ _____ Seguro de casa propia \$ _____

2. Alguien paga por todo o parte de mis/nuestros gastos de hogar o servicios Sí NO

3. Soy/somos responsable/s por: Gastos de calefacción/aire acondicionado
 Otros servicios públicos

Electricidad: \$ _____ Teléfono: \$ _____ Basura: \$ _____ Otro: \$ _____
 Combustible para calefacción: \$ _____ Alcantarillado/desagüe: \$ _____ Agua: \$ _____
 (aceite, gas, leña, etc.)

B. Tengo/tenemos gastos por el cuidado de una persona dependiente o por cuidado de niños Sí No Si es así, dé monto: \$ _____

C. Pago/pagamos manutención de niños por orden de corte Sí No Si es así, dé monto: \$ _____

LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR

TENGO ENTENDIDO QUE:

- Debo/debemos informar por escrito inmediatamente al Departamento de Servicios Sociales y de Salud de cualquier cambio en mi situación. Si presento informes atrasado/a podría causar que se otorguen mis beneficios incorrectamente.
- Debo/debemos comprobar que califico/calificamos para recibir ayuda. DSHS puede ayudarme a obtener dicho comprobante o a que contacte otras personas o agencias para obtenerlo.
- **La información que dé/demos en este formulario está sujeta a ser verificada por agentes estatales y federales, para decidir si califico para beneficios y establecer el monto que voy a recibir.** Esto puede incluir que la Oficina de Investigaciones Especiales me/nos contacte sin aviso previo.
- **Las agencias estatales y federales usarán mi/nuestros Número/s de Seguro Social para identificar los miembros que componen mi hogar, para evitar que haya doble participación, y para compartir información por computadora con otras agencias (Administración de Seguro Social, Servicio de Impuestos Internos, empleadores/patronos, y bancos) y para verificar elegibilidad.**
- A aquellas personas de 16 a 60 años que están solicitando y recibiendo Ayuda para Familias con Niños Dependientes (AFDC) o beneficios de Estampillas para Alimentos, podría requerirse que participen en actividades de empleo y aprendizaje/entrenamiento.
- Al solicitar o recibir ayuda económica, asigno/asignamos al Estado de Washington todo derecho sobre dicha ayuda, incluyendo manutención para niños y ayuda monetaria para gastos de cuidado médico.
- Al solicitar o recibir ayuda para gastos médicos, asigno/asignamos al Estado de Washington mis/nuestros derechos sobre esta ayuda monetaria para gastos médicos y todo pago relacionado con cuidado médico hecho a terceras personas, para pagar servicios que están cubiertos mientras recibo/recibimos beneficios.
- El departamento puede recuperar los gastos de cuidado médico de largo plazo de mis/nuestros bienes materiales si tengo (o la persona tiene) 55 años o más. El Cuidado de Largo Plazo incluye COPES, Medicaid Personal Care, y servicios de hogar de reposo (asilo) más costos relacionados de hospital y medicamentos de prescripción.
- Si uso/usamos incorrectamente los beneficios médicos, podría restringirse dicho beneficio a que usemos solamente un doctor y una farmacia.

ADVERTENCIA SOBRE SANCIONES RELACIONADAS CON ESTAMPILLAS DE ALIMENTOS

Si usa o recibe Estampillas de Alimentos para comprar o vender armas de fuego, municiones o explosivos, puede ser expulsado/a del programa permanentemente. Por usar o recibir Estampillas de Alimentos para comprar o vender una substancia controlada, puede ser expulsado/a del programa por 12 meses por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción. Por quebrantar a sabiendas e intencionalmente alguna otra regla que rige el Programa de Estampillas de Alimentos, puede ser expulsado/a del programa por 6 meses por la primera infracción, 12 meses por la segunda, y permanentemente por la tercera. Además, una corte puede eliminar a una persona del programa por un período adicional de 18 meses.

NO: Proporcione información falsa ni oculte información;

- Cambie ni venda estampillas de alimentos o su tarjeta de autorización;
- Altere las tarjetas de autorización con el propósito de recibir más estampillas de las que califica;
- Use Estampillas de Alimentos para obtener artículos que no califican tales como bebidas alcohólicas y tabaco; ni
- Use Estampillas de Alimentos o tarjeta de autorización de otra persona para su hogar.

Si a sabiendas y en forma intencional Ud. quebranta una regla, puede ser procesado/a y multado/a hasta \$250,000, o encarcelado/a hasta veinte años (20), o puede recibir ambas sanciones. También estará sujeto/a a proceso bajo otras leyes federales aplicables.

SANCIONES RELACIONADAS CON ASISTENCIA GENERAL

Si es declarado/a culpable en una corte de recibir Asistencia General ilegalmente, se le impedirá recibir asistencia médica y económica por un período de tiempo determinado por la corte.

DECLARACIÓN Y FIRMA

He/hemos leído (o se me/nos explicó) y comprendo/comprendemos la información contenida en esta solicitud. Declaro/declaramos bajo pena de perjurio que dicha información es verídica y correcta según mi/nuestro leal saber y entender. Entiendo/entendemos que puedo/podemos ser enjuiciado/s criminalmente si, incorrectamente, recibo/recibimos efectivo, estampillas para alimentos, o ayuda médica debido a que hice/hicimos intencionalmente una declaración falsa, o porque voluntariamente ocultamos algo de lo que debería/mos haber informado.

Sólo un solicitante debe firmar si solamente está solicitando Estampillas para Alimentos

Si está solicitándolas juntas con dinero o ayuda médica, todo miembro adulto del hogar debe firmar.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	FIRMA DEL OTRO MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO SI EL CÓNYUGE FIRMÓ CON UNA "X"	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO SI EL CÓNYUGE FIRMÓ CON UNA "X"	FECHA
FIRMA DEL AYUDANTE	FECHA	FIRMA DEL AYUDANTE	FECHA